

LA TUBERCULOSE PÉRITONÉALE

Contribution à l'Étude de quelques formes

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Juillet 1919

PAR

Mlle Berthe GAU

Née le 21 Octobre 1886 à Massac (Aude)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la thèse	{	RAUZIER, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		BOSC, professeur.		
		LEENHARDT, agrégé.		
		GAUSSEL, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

7, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

LA TUBERCULOSE PÉRITONÉALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE QUELQUES FORMES

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 68

LA TUBERCULOSE PÉRITONÉALE

Contribution à l'Étude de quelques formes

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Juillet 1919

PAR

Mlle Berthe GAU

Née le 21 Octobre 1886 à Massas (Aude)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la thèse	{	RAUZIER, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		BOSC, professeur.		
		LEENHARDT, agrégé.		
		GAUSSEL, agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESSUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL, (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱)
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N. . .
Clinique médicale.....	N. . .

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET; prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O ✱) a.l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBRYAN ✱, a.l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards...	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (✱) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM ROGER.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE
GAUSSEL (* ✱).	J. DELMAS (✱).	PECH ✱ (ch. d'agr.).
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la these

MM. RAUZIER, professeur, président.	MM. LEENHARDT, agrégé.
BOSC, professeur.	GAUSSEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

R. GAU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

UAD 50

R. GAU.

LA TUBERCULOSE PÉRITONÉALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE QUELQUES FORMES

INTRODUCTION

Les observations que nous apportons sont relatives à quelques cas de bacilliose péritonéale se rattachant à des formes particulières de cette maladie sur laquelle on a beaucoup écrit depuis bientôt un siècle. Il nous a paru intéressant cependant d'apporter une contribution à cette étude et de fournir à cet effet des observations qui montrent, suivant d'ailleurs la doctrine classique, que la péritonite tuberculeuse n'apparaît pas toujours avec des signes cliniques identiques, mais revêt des formes nombreuses, dont la symptomatologie et l'évolution varient d'un individu à l'autre.

Il n'y a pas en effet une péritonite tuberculeuse, ou une tuberculose péritonéale; il y a des formes cliniques de la tuberculose péritonéale et ce sont quelques-unes de ces formes auxquelles se rattachent les observations qui servent de base à notre thèse.

Nous envisagerons la tuberculose péritonéale en tant qu'affection primitive, résultant du développement de tubercules sur la séreuse péritonéale, compatible souvent avec une longue survie et caractérisée par sa chronicité.

HISTORIQUE

Au milieu des péritonites constituant un immense chapitre de la pathologie, la péritonite tuberculeuse n'a acquis son individualité qu'avec le travail de Baron, en 1825, intitulé : « Recherches, observations et expériences sur le développement artificiel et naturel des maladies tuberculeuses ». A ce moment, on est déjà cependant dans l'ère anatomo-pathologique et clinique et les travaux de Louis, plus tard ceux de Grisolle, de Guéneau de Mussy, de P. Brouardel établissaient à peu près complètement l'histoire anatomo-clinique de la péritonite tuberculeuse, qui avait ainsi acquis la valeur d'une unité clinique et anatomique parfaitement caractérisée.

Avec l'ère pathogénique qui succède à l'ère anatomo-pathologique, la péritonite tuberculeuse entre dans une nouvelle phase féconde en résultats. En même temps que Bouilly rattachait à la tuberculose les ascites idiopathiques ou essentielles des jeunes sujets, la bactériologie, la pathologie expérimentale et la chirurgie abdominale, avec les travaux d'Arloing, Straus et Gamaleia, Pic, J. Auclair, Lévi, Sirugue, et l'erreur historique de Spencer Wells, en 1862, complétaient les connaissances acquises dans la précédente période et nous amenaient à l'époque actuelle, où la tuberculose du péritoine est connue d'une façon à peu près complète, tant au point de vue anatomo-pathologique, qu'étiologique, pathogénique et clinique. Plus près de nous d'ailleurs Fernet et Boulland, de Paris, ont contribué à la mise au point de cette question.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

La cause de la tuberculose péritonéale est représentée par le bacille de Koch ou ses toxines qui, en infectant la séreuse péritonéale, en provoquent les réactions de défense, qui règlent elles-mêmes les modalités si variées des nombreuses formes cliniques que l'on rencontre dans cette affection.

L'infection a lieu par voie sanguine ou lymphatique, quelquefois par contiguité, jamais par effraction cutanée, traumatique ou chirurgicale.

La voie lymphatique et la contiguité interviennent lorsque le point de départ de l'infection est :

1° *Dans l'intestin.* — Le péritoine s'infecterait alors au contact d'une lésion intestinale. Ce mode d'infection n'est pas démontré, pas plus que celui qui serait réalisé par l'intermédiaire de la voie ganglionnaire mésentérique, constituant ainsi une seconde étape qui fait suite à l'envahissement de l'intestin.

2° *Dans les organes génitaux.* que ceux-ci soient infectés par voie ascendante ou descendante. Une telle pathogénie serait rare, d'après Marfan, chez la femme, exceptionnelle chez l'homme.

3° *Dans la plèvre.* — L'infection se propageant par les lymphatiques du diaphragme.

La voie sanguine occupe une place prépondérante dans la pathogénie. Elle seule explique les infections aiguës à forme miliaire. Pour Mosny et Bernard, il existerait des bacillémies discrètes expliquant aussi « toutes les tuberculoses localisées, qui ne sont pas des tuberculoses d'inoculation, mais des tuberculoses de dissémination ».

La germination du bacille sur la séreuse est favorisée par des causes adjuvantes, parmi lesquelles l'alcoolisme semble tenir la première place. A côté, le traumatisme jouerait simplement le rôle de cause localisante.

C'est une maladie de la seconde enfance, aussi fréquente à ce moment dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. Les formes de l'âge adulte et de la vieillesse se rencontrent surtout chez les alcooliques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions sont celles que l'on rencontre sur toute séreuse attaquée par le bacille de Koch. Une fois l'infection produite, le péritoine va se défendre et plusieurs éventualités vont pouvoir se présenter.

1° La granulation se forme et entraîne la production de liquide ascitique qui s'épanche dans la cavité encore libre d'adhérences. Quelquefois, au lieu de liquide clair, la séreuse réagit en produisant des fausses membranes. Ainsi est créée la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse dont les symptômes sont caractéristiques et permettent généralement l'établissement du diagnostic.

Mais deux cas peuvent se présenter, selon que l'envahissement de la séreuse est aigu ou subaigu réalisant les deux formes connues sous le nom de forme miliaire granulique aiguë et forme miliaire granulique subaiguë pleuro-péritonéale de Fernet et de Boulland (obs. II).

2° La granulation évolue vers le ramollissement caséux et la cavité ulcéreuse, réalisant les formes ulcéro-caséeuses de la péritonite tuberculeuse dans lesquelles on distingue des formes partielles et généralisées suivant que la réaction de défense de la séreuse a avorté ou qu'elle s'est développée suffisamment pour permettre l'enkystement des lésions ainsi circonscrites. A cette modalité de l'infection tubercu-

leuse se rattachent la pelvi-péritonite caséreuse (obs. III), la pérityphlite tuberculeuse, la périhépatite caséreuse.

3° La granulation évolue vers la guérison, c'est-à-dire vers la sclérose, créant la forme fibreuse, qui fait suite généralement à la forme ascitique dite ascite des jeunes filles. Cette sclérose peut dépasser le but utile et créer des brides qui deviendront dangereuses pour l'intestin.

Ces trois formes anatomo-pathologiques, répondent à des formes cliniques particulières.

SYMPTOMATOLOGIE — EVOLUTION PRONOSTIC

C'est en effet la classification la plus simple et la plus logique que celle qui superpose les types cliniques aux types anatomo-pathologiques toutes les fois que la chose est possible. Nous aurons donc :

- 1° La forme ascitique ;
- 2° La forme fibro-caséuse ;
- 3° La forme fibro-adhésive.

Dans chacune de ces catégories, il y a lieu de créer des divisions.

I. FORME ASCITIQUE. — Elle peut être aiguë ou chronique.

a) *Forme aiguë.* — La tuberculose péritonéale peut ici apparaître au cours d'une granulie. Elle demande alors à être recherchée et se caractérise par la douleur à la pression, le météorisme, et l'ascite augmentant chaque jour davantage, symptômes apparaissant dans un tableau granuleux pouvant simuler la dothiéntérie.

Mais si la localisation péritonéale est prépondérante, les signes localisés à l'abdomen appellent immédiatement l'attention du clinicien. C'est le tableau de notre observation I. Le malade se plaint de vomissements, d'anorexie. Il s'amaigrit et bientôt, avec des symptômes généraux, constitués

surtout par la fièvre contenue et un affaiblissement progressif, apparaissent les symptômes locaux; c'est un ventre globuleux, ballonné par un météorisme plus ou moins fort et un épanchement ascitique qui peut devenir abondant et nécessiter la ponction.

L'évolution est rarement favorable. Les classiques attribuent un mois de durée à cette forme avec terminaison fatale.

Il semble que, dans notre observation I, l'évolution soit plus lente; mais la cachexie n'en fait pas moins chaque jour plus de progrès.

b) *Forme chronique.* — C'est la forme classique, fréquente — justiciable de l'intervention chirurgicale — c'est l'ascite chronique des jeunes filles de Cruveilhier; l'ascite tuberculeuse de la grande enfance de Marfan, la péritonite chronique d'emblée des adultes (Maurange).

Les symptômes généraux sont représentés par des troubles digestifs: anorexie; alternatives de constipation et diarrhée, élévation de température avec oscillations plus ou moins marquées entre la température matinale et vespérale.

Les signes physiques sont ceux d'un épanchement abdominal dont la fluctuation est quelquefois peu nette en raison du cloisonnement. Déjà, dans cette forme, on peut rencontrer la matité en damier qui est surtout caractéristique cependant des formes caséeuses.

C'est à la péritonite, avec ascite chronique, que se rattache la forme pleuro-péritonéale à évolution subaiguë de Fernet, dont nous rapportons un cas dans l'observation II. Ici, aux symptômes abdominaux s'ajoutent des signes de pleurésie qui, d'ailleurs, peuvent se réduire à de simples frottements comme dans notre cas. Mais, selon la loi de

Godelier ici « quand il y a tuberculose péritonéale, il y a toujours tuberculisation d'une ou des deux plèvres ». La localisation pleurale est primitive ou secondaire.

Le pronostic de ces formes est assez sombre. Sauf dans les cas justiciables d'une intervention chirurgicale, la mort est le terme habituel de la maladie. Elle survient, par cachexie progressive, résultant de la péritonite, de la pleurésie et souvent de la phthisie concomitante. Quelquefois il y a évolution vers la forme fibro-adhésive.

II. LA FORME FIBRO-CASÉEUSE est exclusivement chronique et caractérisée par des poussées successives. Les symptômes généraux sont les mêmes que dans les formes précédentes. Les symptômes locaux varient suivant que la péritonite est *généralisée ou localisée* par des adhérences.

Dans le premier cas, on trouve du météorisme, de la matité en damier; pas de flot net et la palpation, méthodiquement pratiquée révèle des gâteaux répondant aux anses intestinales incluses dans des fausses membranes, aux épaississements péritonéaux et épiploïques.

L'évolution est variable. Si le tubercule évolue vers la caséification, la fièvre persiste, les sueurs profuses apparaissent, la dénutrition augmente et on peut voir apparaître quelques-unes des complications qui viennent hâter l'issue fatale; ouverture d'une collection purulente à l'ombilic ou dans la vessie ou encore dans les anses intestinales tangentés.

Si le tubercule évolue vers la guérison, les symptômes généraux s'amendent et l'état général se relève.

A côté se placent les cas de péritonites fibro-caséuses locales dont l'observation III, recueillie dans la thèse de Maury fournit le type sous la forme de pelvi-péritonite.

Ici la réaction de défense de la séreuse a accompli un pas

de plus. L'infection est cantonnée dans le petit bassin autour des annexes. Avec des symptômes généraux, représentés comme précédemment par la fièvre, l'anorexie, la faiblesse, les vomissements, les symptômes locaux sont nettement circonscrits au péritoine du petit bassin. Dans le cas de Maury, on percevait un plastron annexiel droit très douloureux et un empâtement des culs-de-sac du vagin, plus accusé à droite.

C'est par un processus semblable que se développent les péritonites tuberculeuses à forme de pérityphlite, de périhépatite, qui peuvent être aiguës, subaiguës ou chroniques.

L'évolution est variable et dépend des complications qui peuvent survenir dans tout le cours de la maladie. L'affection a toujours une tendance à se généraliser et le pronostic est assombri par la possibilité de l'ouverture des collections purulentes, soit à l'extérieur, soit dans un viscère voisin.

Néanmoins, il n'est pas exceptionnel de voir, sous l'influence d'un traitement approprié, les gâteaux se résoudre, l'abdomen redevenir souple et le malade grandement amélioré au bout d'un certain temps.

III. FORME FIBRO-ADHÉSIVE. — C'est la forme à laquelle aboutit une péritonite ascitique ou fibro-caséuse évoluant vers la sclérose. Aussi la décrit-on comme ayant généralement un début ascitique. Puis l'épanchement disparaît et on ne trouve plus au palper que de petites masses dures ou des nodosités épiploïques.

C'est une forme d'évolution favorable, mais dont le pronostic est assombri par la possibilité de rétractions fibreuses créant des brides et des déformations de l'intestin avec, consécutivement, des accidents d'occlusion.

Telle est la symptomatologie des diverses formes de la péritonite tuberculeuse. Comme on le voit, l'évolution et le pronostic sont variables avec chaque cas.

DIAGNOSTIC

Il est basé sur les symptômes déjà étudiés et sur la forme de l'évolution. Mais si parfois il s'impose à un premier examen par la netteté de ses signes, il arrive souvent que l'on confonde la péritonite tuberculeuse avec un certain nombre d'affections qui la simulent.

Il faudra surtout s'appliquer à distinguer la péritonite miliaire aiguë de la dothiéntérie, dont les symptômes généraux sont quelquefois tellement identiques, que le diagnostic a une tendance naturelle à s'égarer. Il en est de même du cancer miliaire aigu, disséminé, du péritoine.

On éliminera, par l'étude de l'étiologie, la péritonite chronique simple, qui est d'un diagnostic difficile avec la forme ulcéreuse de la péritonite tuberculeuse; la péritonite chronique simple compliquant l'alcoolisme, le mal de Bright, les cardiopathies chroniques.

Les erreurs sont fréquentes dans les formes localisées: le kyste de l'ovaire, tous les kystes abdominaux, même les kystes hydatiques peuvent contribuer à rendre le diagnostic hésitant et l'on sait que c'est à une erreur de diagnostic que Spencer Wells dût la fameuse découverte du traitement chirurgical de l'affection qui nous occupe.

Dans les formes ascitiques, il faudra éliminer la cirrhose atrophique vulgaire, la tuberculose hypertrophique du foie.

La présence de signes pleuraux devra faire pencher le diagnostic vers la péritonite tuberculeuse..

Enfin, il n'est pas jusqu'aux névroses et surtout l'hystérie, la grande simulatrice jusque dans ses moindres manifestations, qui ne puissent donner le change et créer des difficultés.

Dans le cas d'ascite, on ne devra jamais négliger l'examen du liquide retiré par une ponction. « Le liquide est un peu filant, non franchement transparent, toujours légèrement trouble, semblable à du petit lait, avec une odeur de fromage en décomposition, fortement albumineux, plein de sédiments abondants avec beaucoup de globules rouges et davantage encore de globules blancs. Environ 40 p. 1,000 de résidu solide (Courtois-Suffit).

TRAITEMENT

Dans les formes caséuses le traitement demeure exclusivement médical et palliatif. Localement on emploiera les révulsifs. Les préparations calmantes sont employées à l'intérieur pour calmer les douleurs.

Dans les formes localisées Maury recommande dans sa thèse l'héliothérapie et il rapporte quatre observations traitées par cette méthode. Martin et Oppenheim avaient déjà essayé ce traitement. Le malade expose son abdomen à l'action des rayons solaires et il semble que dans quelques cas cette méthode donne des résultats satisfaisants. Sous l'influence de ce traitement le liquide diminue, les gâteaux disparaissent peu à peu et en même temps que l'abdomen retrouve sa souplesse, l'état général, soutenu par une médication générale judicieusement choisie, remonte peu à peu.

Chez les jeunes sujets, cette cure héliothérapique se fera avantageusement au bord de la mer et spécialement à Berck, Saint-Pol, Arcachon, Hendaye.

Le traitement local sera aidé d'un traitement général, qui s'adressera à la nutrition. Suralimentation bien réglée, reconstituants divers (huile de foie de morue), permettront au malade de faire les frais d'une guérison ou tout au moins d'une réaction salubre d'amélioration.

Dans les formes ascitiques, dans l'ascite des jeunes filles, c'est au traitement chirurgical que l'on aura recours, sous forme de laparotomie.

Certains auteurs ont eu recours dans ces cas à de simples ponctions suivies d'injections de liquides modificateurs éther iodoformé, eau boriquée bouillie, refroidie à 39° ou 40°.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(due à l'obligeance de M. le Docteur Baumel)

Le 26 mai 1919, entre dans la salle Fouquet, service de médecine de M. le professeur Rauzier, B..., exerçant la profession de cultivateur, âgé de quarante-quatre ans.

Il se plaint de douleurs abdominales. Le début remonterait à un an environ. Tout d'abord ces douleurs n'ont provoqué qu'un peu de gêne, n'empêchant pas le malade de vaquer à ses occupations. Peu à peu le ventre a augmenté de volume, et depuis un mois, B... a été contraint de s'aliter.

D'autre part, depuis deux mois, des vomissements se produisent régulièrement tous les jours. Ces vomissements sont bilieux.

L'appétit est fortement diminué et le malade dégoûté du régime lacté auquel il est soumis depuis un certain temps. Les digestions sont normales. Les selles sont régulières et normales actuellement. Mais il y aurait parfois des alternatives de constipation et de diarrhée. On n'a jamais constaté la présence de sang dans les selles.

Ne tousse pas, ne crache pas.

Les mictions ne sont pas normales.

Ajoutons que le malade dit qu'il dort mal et qu'il n'a jamais ressenti de céphalée.

Antécédents personnels. — Femme en bonne santé; trois enfants également en bonne santé; n'en a perdu aucun.

Antécédents héréditaires. — Un frère et une sœur: un frère mort à la suite d'un « chaud et froid ».

L'analyse d'urine révèle de légères traces d'albumine.

B... aurait beaucoup maigri. Il accuse avoir perdu 5 kil. en un mois; il pesait 57 kilogs il y a un mois.

Actuellement sujet pâle, très amaigri, à pommettes saillantes; sa langue est sale et très saburrale.

Le ventre est globuleux, ballonné; l'ombilic peu saillant; sur les téguments abdominaux on ne distingue pas de réseaux veineux superficiels.

A la palpation il est facile de se convaincre de la présence de liquide dans la cavité abdominale. La fluctuation y est parfaitement nette.

La percussion montre cependant des zones de matité alternant avec des zones sonores (matité en damier) et qui font penser à une ascite cloisonnée en certaines parties de l'abdomen. La matité se déplace pourtant quand on donne au malade des positions successives de décubitus latéral droit et de décubitus latéral gauche.

A l'examen du cœur: rien à signaler. Il en est de même de l'appareil respiratoire. En présence de cette symptomatologie on pose le diagnostic de péritonite bacillaire, et on garde le malade en observation.

1^{er} juin. — L'abdomen est fortement distendu. L'indication à une ponction se pose nettement. Cette ponction évacue quatre litres de liquide.

15 juin. — Le liquide s'est réformé. Le sujet se cachectise.

OBSERVATION II

(due à l'obligeance de M. le Docteur Beaumel)

Le 5 novembre 1917 entre, dans la salle Bichat, service de Médecine de M. le professeur Rauzière, S. E..., mobilisé à la T. M. 1404. Il se plaint de douleurs abdominales et dit souffrir depuis un mois environ. Avant d'arriver à l'hôpital Suburbain il a fait un séjour à l'hôpital de Lunel, où il se trouvait depuis le 8 octobre 1917. Là, la fièvre a été très irrégulière, présentant des oscillations considérables, variant de 37° à 39° et même 39°5.

Il ne toussé pas, ne crache pas.

Pas d'anorexie, digestions normales; cependant le malade nous dit avoir eu des vomissements à plusieurs reprises, mais sans en préciser d'autre part la nature. Pas de liouquet. Plutôt constipé.

Le 5 novembre, au soir, à son arrivée, la température était de 37°8.

Antécédents personnels. — Rien.

Antécédents héréditaires. — Rien.

A l'examen, on constate que le malade est pâle et anémié.

L'abdomen est volumineux, l'ombilic très saillant. A la palpation et à la percussion, il est facile de se rendre compte que la distension abdominale est due en grande partie à du météorisme très marqué, se traduisant par de l'hypersonorité. D'autre part, on délimite dans les flancs une zone de matité absolue, à concavité supérieure, révélant par conséquent, un épanchement ascitique d'ailleurs peu abondant.

Appareil respiratoire. — En avant: submatité à la base

gauche, skodisme au sommet gauche, respiration obscure, base gauche; en arrière: submatité à la base gauche, obscurité respiratoire sans souffle, ni râles dans cette zone.

Appareil circulatoire. — Normal. Pouls bien frappé à 72 pulsations à la minute. Urines normales.

En présence de ces signes, on pose le diagnostic de bacillose péritonéale avec état subpyrétique et on garde le malade en observation.

13 novembre. — La température a présenté des oscillations journalières. Les douleurs abdominales persistent, mais ont une tendance à se localiser autour de l'ombilic. Le météorisme est moins accusé. L'épanchement ascitique paraît diminuer de volume. Les signes pulmonaires restent identiques à ceux constatés à l'entrée. On perçoit cependant quelques frottements discrets à la base gauche et en arrière.

25 novembre. — Le malade refuse toute alimentation. Il reste absolument inerte et ne répond qu'à peine aux questions qui lui sont posées.

Cependant, il n'y a pas de céphalée, pas de vomissements. Mais la fièvre persiste avec des oscillations variant de 37°5 à 38°3 ou 38°5. L'état général est fortement atteint. L'émaciation n'a fait que croître depuis le début de la maladie.

L'épanchement ascitique est presque complètement disparu.

L'auscultation révèle des frottements à la base, une respiration soufflante avec expiration prolongée aux sommets.

Le 26, le malade est évacué, avec le diagnostic de bacillose pleuro-péritonéale. Etat subpyrétique persistant. Emaciation extrême.

OBSERVATION. III

(Recueillie dans la thèse de Maury — Montpellier 1916)

Forme pelvi péritonite consécutive à annexite

Mme B... E., 25 ans, entre au service de la Maternité (fièvreuses), le 13 février 1916; elle est malade depuis un mois, souffre de céphalée, de bourdonnements d'oreille, se plaint d'une lassitude générale et présente des vomissements à la suite d'ingestion d'aliments quelconques.

Appareil digestif. — L'anorexie est complète, le lait même n'est pas toléré, il existe quelques douleurs abdominales fugaces et de la diarrhée, quatre selles par jour.

Appareil respiratoire. — Une toux quinteuse et grasse fatigue la malade; elle est suivie d'expectoration spumeuse, adhérente aux parois du crachoir; de plus, il existe une douleur en arrière du sommet gauche. La malade se plaint d'éprouver quelques frissons la nuit avec sueurs.

Appareil génito-urinaire. — Les urines sont rares et foncées, les mictions douloureuses et fréquentes; l'analyse révèle un dépôt considérable d'urates et un peu d'hémoglobinurie.

Les règles, très irrégulières auparavant, sont venues le 6 février, époque habituelle, mais n'ont duré qu'un seul jour; par contre, une leucorrhée abondante existe, d'odeur fétide et empesant le linge.

Appareil circulatoire. — Au cœur, bruit légèrement soufflé. Pouls, 100.

Examen. — La malade est abattue, sa langue est sèche et saburrale, le ventre est tendu, douloureux dans toute son étendue, mais plus particulièrement dans les deux fosses

iliaques ; on perçoit, à droite, un peu de défense de la paroi. Pas de taches rosées.

L'auscultation montre, à gauche, au sommet, en arrière : submatité, expiration prolongée, des craquements et des sibilants sur toute la hauteur des deux poumons. Comme température, 39°6, le soir du 15 février.

Le tableau clinique, en imposant pour une dothiéntérie avec une localisation bacillaire gauche, on donne des cachets avec bromhydrate de quinine, 20 centigrammes, pyramidon, 10 centigrammes.

Mais, bientôt, le séro de Widal négatif, l'absence de taches rosées, la persistance de la toux et la disparition du météorisme permettent d'aiguiller le diagnostic vers une autre voie.

17 février. — On perçoit nettement un plastron annexiel droit, très douloureux ; les pertes blanches deviennent plus abondantes et la malade a des nausées fréquentes. Le toucher permet de constater un empâtement des culs-de-sac du vagin, mais le droit est plus pris que le gauche. On ordonne des badigeonnages abdominaux avec : gaïacol, 3 grammes ; ichtyol, 5 grammes ; vaseline, 30 grammes, et des cachets avec cryogénine, 30 centigrammes ; tanin, 20 centigrammes, en même temps que des tampons d'ouate imbibés de cette pommade sont introduits dans le vagin.

18 février. — Les douleurs abdominales deviennent plus violentes, les nausées plus fréquentes, les vomissements apparaissent. Eau chloroformée, badigeonnages, injections chaudes au $Mn O^4 K$.

Jusqu'au 6 mars, les vomissements reviennent par intermittence ; ils sont bilieux et fatiguent la malade ; le ventre est, à ce moment, très tendu, douloureux ; la palpation montre, des deux côtés, une induration très marquée. On n'arrive pas à déprimer la paroi abdominale. Le toucher fait

percevoir un empâtement diffus de tous les culs-de-sac, aussi bien marqué à droite qu'à gauche. Les règles qui auraient dû venir, n'ont pas paru; par contre, on constate une leucorrhée abondante.

12 mars. — Les règles ne sont pas encore venues.

18 mars. — Les vomissements qui s'étaient un moment calmés, sont revenus. La malade est très anémiée; la potion de Rivière est donnée pendant trois jours; les vomissements ont cessé; de plus, la diarrhée a fait place à la constipation; on supprime le tanin et on continue le traitement institué.

Au 8 avril, les phénomènes douloureux sont atténués soit par les injections chaudes et salées, soit par les onctions et pansements au gaïacol, mais le ventre est toujours tendu; rénitent dans les deux fosses iliaques. On supprime les injections; on attend les règles; les phénomènes douloureux augmentent de violence.

10 avril. — Les règles ne sont pas venues, les écoulements leucorrhéiques ont, par contre, augmenté d'abondance; le ventre est toujours tendu dans sa partie inférieure et très douloureux. Le même traitement est continué. Cachets contre la fièvre qui monte le soir à 38°6.

Jusqu'aux premiers jours de mai, la malade a des alternatives de poussées aiguës; elle vomit, mais rarement, souffre d'une douleur sourde continue, que la moindre pression exaspère.

4 mai. — Les injections sont supprimées dans l'espoir de voir apparaître les règles; les douleurs deviennent à nouveau plus vives, surtout à droite.

10 mai. — Les règles ne sont pas davantage venues que les mois précédents. La malade a, cependant, quelques fourmillements du côté des seins, comme autrefois à l'époque de ses règles. Les pertes blanches persistent; le bas-ventre

présente toujours un placard dans les deux fosses iliaques, réunies sur la ligne médiane par une bande indurée plus étroite. On recommence les injections chaudes, les compresses sur le ventre.

15 mai. — Les douleurs sont plus marquées du côté droit; elles s'irradient le long du sciatique; de plus, la malade a de nouveau un peu de diarrhée.

16 mai. — En présence de la durée de l'affection et espérant quelque secours du traitement chirurgical, M. le professeur Carrieu décide d'appeler M. le professeur De Rouville, qui examine la malade, et conclut, comme le professeur Carrieu, à une pelvi-péritonite tuberculeuse. Comme la température a sensiblement diminué, il conseille de continuer le traitement institué et d'y ajouter une séance d'héliothérapie d'une heure tous les jours, et ajourne, pour l'instant, l'intervention chirurgicale.

17 mai. — On commence à porter la malade au soleil; à ce moment, il existe dans le bas-ventre une tumeur dure, adhérente à la paroi abdominale, qui ne peut pas être déprimée; d'ailleurs, la moindre pression est douloureuse.

20 mai. — La station au soleil donne un peu de céphalée fugace, vite dissipée par 50 centigrammes d'aspirine.

Jusqu'au 29 mai, la température oscille, le soir, entre 37°6 et 37°8. Ce jour-là on examine la malade qui dit se sentir bien mieux; le ventre, déjà fortement pigmenté, commence à devenir souple; au moins à gauche la pression est mieux tolérée.

1^{er} juin. — Poussée d'herpès vaginal.

6 juin. — Les règles ne sont pas venues, la cure de soleil est continuée; le ventre devient de plus en plus souple; les douleurs ont à peu près complètement disparu; il n'y a presque plus de température. Température: 37°1 le soir; les cachets sont supprimés; la température ne remonte pas.

19 *juin*. — Le ventre est très souple à gauche, plus résistant à droite; les pertes blanches sont à peu près taries; les douleurs ont absolument disparu; la malade s'alimente bien. Température: 37° le soir, 36°8 le matin.

30 *juin*. — Jour où nous écrivons notre observation, nous avons examiné à nouveau la malade; son état général est bon; elle descend toutes les après-midi au jardin promener, et expose son abdomen aux rayons solaires; elle ne souffre pas du tout.

Le ventre est fortement pigmenté, rappelant assez la peau d'une négresse, jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les poils ne paraissent pas avoir poussé davantage; mais, par contre, le placard qui occupait la fosse iliaque gauche, a totalement disparu et on enfonce très bien les doigts sans aucune douleur; à droite, la résolution s'est aussi faite, mais il persiste un gâteau péritonéal de la grosseur de la main qui gêne l'exploration et la rend douloureuse; mais c'est tout; partout ailleurs, la paroi abdominale est souple, élastique, indolore. Nous espérons, grâce à l'héliothérapie, obtenir sous peu la résolution complète.

OBSERVATION IV

(due à l'obligeance de M. le Professeur Gaussel)

Le 16 janvier 1913, entre, à l'hôpital-sanatorium de Montpellier, B. A..., âgé de 18 ans. Il se plaint de tousser et de cracher, de faiblesse générale. Le début aurait eu lieu il y a environ trois mois par asthénie, douleurs entre les épaules. Il a craché du sang il y a quinze jours. Depuis cette époque, il tousse, principalement la nuit; crache un peu. Les sueurs sont assez abondantes. Enfin il nous dit

avoir beaucoup maigri (15 kilos en trois mois). Il est actuellement dans une incapacité presque absolue de travailler.

C'est un homme de complexion moyenne, à facies pâle.

Rien de spécial du côté de l'appareil digestif. Quelques palpitations. Rien du côté de l'appareil nerveux et uro-génital.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé. Un frère rachitique. Grands parents morts âgés.

Antécédents personnels. — Rougeole, fièvre typhoïde, il y a trois ans, avec trois rechutes. Péritonite bacillaire (service de M. le professeur Forgue). Chez M. Jeanbrau, il y a trois mois, hospitalisé pour rétention d'urine, avec ventre ballonné.

Profession : homme de peine.

Examen du malade. — Au thorax : sonorité moins marquée à droite. Vibrations augmentées de ce côté. La respiration y est granuleuse. Retentissement de la toux. Quelques frottements à la base droite.

Examen bactériologique des crachats : négatif.

Appareil digestif. — L'abdomen est ballonné. La percussion est douloureuse. Légère submatité dans les flancs et au-dessus du pubis, ainsi qu'entour de l'ombilic.

19 janvier. — Légère hémoptysie, sans fièvre.

28 janvier. — Palpitations. Pouls 100. Petite poussée fébrile à partir du 24. Tousse et crache : Quelques râles de bronchite à l'auscultation.

Du 28 au 6 février, évolution légèrement subfébrile. Signes plus accusés de péritonite bacillaire. On décide de traiter la bacillose péritonéale par l'héliothérapie. Le malade expose son abdomen pendant plusieurs heures à l'action des rayons solaires. Cette séance est suivie de douleurs abdominales et d'une poussée fébrile. En même temps, frottements marqués à la base droite.

On met le malade au repos et ce n'est que quelques semaines plus tard que la cure héliothérapique est reprise par séances courtes de un quart d'heure, que l'on augmente progressivement. Ce traitement, suivi, a permis d'améliorer fortement la bacillose. Dès le mois de juin, le malade ne souffre plus.

La conclusion à tirer de cette observation est que la cure héliothérapique doit être dosée progressivement.

CONCLUSIONS

I. L'infection péritonéale a lieu soit par contiguité, soit par voie lymphatique, soit par voie sanguine. Ces deux derniers modes paraissant de beaucoup les plus fréquents.

II. Il existe des formes généralisées et des formes localisées de péritonite tuberculeuse. C'est une forme généralisée, à évolution subaiguë que nous rapportons dans notre observation II. Une forme localisée dans notre observation III. Chaque forme a des symptômes propres, une évolution particulière d'un pronostic personnel.

III. Le traitement est médical ou chirurgical. Les formes justiciables du traitement médical sont celles dont le pronostic est le moins favorable (obs. I et II). Les formes ascitiques justiciables du traitement chirurgical sont, au contraire, souvent une terminaison favorable. Néanmoins, la cure par l'héliothérapie, semble, dans certains cas, non justiciables d'une intervention chirurgicale donner des succès, ou du moins provoquer une très notable amélioration.

BIBLIOGRAPHIE

- BARRE (Auguste). — Thèse de Montpellier, 1852. Essai sur la péritonite tuberculeuse.
- BROUARDEL. — De la tuberculose des organes génitaux de la femme. Thèse Paris, 1865.
- BENOIT. — Tuberculose locale chronique de la région iléo-cæcale, 1873. Thèse de Paris.
- BRISSAUD, GIRARD, RECLUS. — Pratique médico-chirurgicale Articles de Duval, de Grenet et Veau.
- BOUCHARD. — Traité de médecine.
- BOULLAND. — Thèse de Paris, 1885.
- BROCA. — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. Annales de gynécologie et d'obstétrique, avr. 1906.
- BÉRARD. — A propos du diagnostic, de l'évolution et du traitement de la péritonite tuberculeuse. Bulletin médical, 1904.
- COURMONT (P.). — Presse médicale, 11 juin 1898. Congrès de la tuberculose, Paris, 1898.
- DERVILLE. — Infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme, 1887.
- DAURIOS. — Tuberculose de l'appareil génital. Thèse de Paris, 1889.

- DELPEUCH. — Péritonites dites simples. Archives de médecine, 1884.
- DESCHAMPS. — Péritonite péri-hépatique enkystée. Thèse de Paris, 1886.
- FERNET. — De la tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë. Soc. méd. des hôp., 1884.
- GUILLEMARE. — Thèse de Paris, 1898.
- GALLIARD. — Maladies de l'intestin du nouveau traité de médecine de Brouardel.
- HÉGAR. — Tuberculose génitale chez la femme. Stuttgart.
- HUTINEL et LEREBoullet. — Etapes de la tuberculose chez les enfants. Congrès de la tuberculose, Paris, 1905.
- LAUTH. — Thèse de Paris, 1885. De la cirrhose tuberculeuse.
- LE BAYON. — De la typhlite tuberculeuse chronique. Thèse de Paris.
- LICHTERMANN (Mlle S.). — Forme ascitique de la péritonite tuberculeuse. Th. de Paris, 1890.
- MARFAN. — La péritonite tuberculeuse chez les enfants. Pr. méd., 1894.
- MERRY. — Etude clinique de quelques formes rares de péritonite tuberculeuse. Th. de Paris, 1907.
- MARTIN. — Thèse de Paris, 1904.
- LYON (Justin). — Clinique thérapeutique.
- MONTPROFIT. — Salpingites et ovarites. Th. de Paris, 1878.
- MORDRET. — Salpingo-ovarites. Thèse Paris, 1890.
- NOVÉ-JOSSERAND. — Tuberculose du cæcum et de l'utérus.
- PIC. — Thèse de Lyon, 1890. Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse.
- PRAVAZ. — Pérityphlite et son traitement. Thèse de Lyon.
- SPILLMANN. — Tuberculisation du tube digestif. Thèse d'agrégation, 1878.
- TAPRET. — Etude chimique sur la péritonite d'emblée. Th. de Paris, 1878.

TALAMON. — Sur un cas de pelvi-péritonite tuberculeuse chez une petite fille de 6 ans. *Ann. de gynécologie*, t. IX, 1878.

TCHISTOUDISCH. — Tuberculose intestinale de l'homme.

TUFFIER. — *Monde médical*, 5 juin 1914. Diagnostic des péritonites tuberculeuses localisées.

— Traitement de la péritonite tuberculeuse par l'héliothérapie marine. *Monde médical*, 1916.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 7 juillet 1919.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 5 juillet 1919.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque!



